

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

CERF, ROBERT-ÉMILE

12 Mai 1898, ROUEN (S.-Inf.)

DU TRAITEMENT

de la

FISSURE ANALE SPHINCTÉRALGIQUE

par les Courants de Haute Fréquence

PRÉSIDENT : M. LABBÉ, PROFESSEUR

ROUEN

Imprimerie WOLF, rue Pierre-Corneille, 13-15

1925

TRAVAIL DU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE
DE L'HOPITAL DE LA PITIE

DU TRAITEMENT

de la

Fissure Anale Sphinctéralgique

par les Courants de Haute Fréquence

par

CERF, ROBERT-EMILE



ROUEN

Imprimerie WOLF, 13-15, rue de la Pie

—
1925



I. — PROFESSEURS

MM.

- Nicolas.** — Anatomie.
Cunéo. — Anatomie médico-chirurgicale.
Roger. — Physiologie.
Strohl. — Physique médicale.
Desgrez. — Chimie organique et Chimie générale.
N. — Bactériologie.
Brumpt. — Parasitologie et histoire naturelle médicale.
Marcel Labbé. — Pathologie et thérapeutiques générales.
Sicard. — Pathologie médicale.
Lecene. — Pathologie chirurgicale.
Roussy. — Anatomie pathologique.
Prenant. — Histologie.
N. — Pharmacologie et matière médicale.
Carnot. — Thérapeutique.
Léon Bernard. — Hygiène.
Balthazard. — Médecine légale.
Ménétrier. — Histoire de la médecine et de la chirurgie.
N. — Pathologie expérimentale et comparée.
Gilbert, Bezançon, Achard, Vidal. — Clinique médicale.
Marfan. — Hygiène et Clinique de la première enfance.

MM.

- Nobécourt.** — Clinique des maladies des Enfants.
H. Claude. — Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
Jeanselme. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Guillain. — Clinique des maladies du système nerveux.
Teissier. — Clinique des maladies infectieuses.
Delbet, Hartmann, Lejars, Gosset. — Clinique chirurgicale.
Terrien. — Clinique ophtalmologique.
Legueu. — Clinique urologique.
Couvelaire, Brindeau, Jeannin. — Clinique d'accouchements.
J.-L. Faure. — Clinique gynécologique.
Ombrédanne. — Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Vaquez. — Clinique thérapeutique médicale.
Sebilleau. — Clinique oto-rhino-laryngologique.
Duval. — Clinique thérapeutique chirurgicale.
Sergent. — Clinique propédeutique.
Rouvière. — Sans chaire.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Abrami. — Pathologie médicale.
Alglave. — Pathologie chirurgicale.
Aubertin. — Pathologie médicale.
Basset. — Pathologie chirurgicale.
Baudouin. — Pathologie médicale.
Binet. — Physiologie.
Blanchetière. — Chimie biologique.
Branca. — Histologie.
Brulé. — Pathologie médicale.
Busquet. — Pharmacologie et matière médicale.
Cadenat. — Pathologie chirurgicale.
Champy. — Histologie.
Chiray. — Pathologie médicale.
Clerc. — Pathologie médicale.
Debré. — Hygiène.
I. de Jong. — Anatomie pathologique.
Duvoir. — Médecine légale.
Ecalle. — Obstétrique.
Fiessinger. — Pathologie médicale.
Foix. — Pathologie médicale.
Garnier. — Pathologie expérimentale.
Harvier. — Pathologie médicale.
Heitz-Boyer. — Urologie.

MM.

Hovelacque. — Anatomie.
Joyeux. — Parasitologie.
Henri Labbé. — Chimie biologique.
Lardennois. — Pathologie chirurgicale.
Le Lorier. — Obstétrique.
Lemaitre. — Oto-rhino-laryngologie.
Lemierre. — Pathologie médicale.
Lévy-Solal. — Obstétrique.
Lhermitte. — Pathologie mentale.
Lian. — Pathologie médicale.
Mathieu. — Pathologie chirurgicale.
Metzger. — Obstétrique.
Mocquot. — Pathologie chirurgicale.
Mondor. — Pathologie chirurgicale.
Moure. — Pathologie chirurgicale.
Mulon. — Histologie.
Philibert. — Bactériologie.
Ribierre. — Pathologie médicale.
Richet fils. — Physiologie.
Tanon. — Pathologie médicale.
Vaudescal. — Obstétrique.
Verne. — Histologie.
Villaret. — Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

pour le service des examens

MM.

Gougerot. — Pathologie médicale.
Guéniot. — Obstétrique.

MM.

Retterer. — Histologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

Auvray. — Clinique chirurgicale.

Chevassu. — Clinique chirurgicale.

Laignel-Lavastine. — Clinique médicale.

Lereboullet. — Clinique médicale infantile.

MM.

Léri. — Clinique médicale.

Loeper. — Clinique médicale.

Proust. — Clinique chirurgicale.

Rathery. — Clinique chirurgicale.

Schwartz. — Clinique chirurgicale.

V. - CHARGÉS DE COURS

M.

Mauclaire, agrégé. — Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

MM.

Frey. — Stomatologie.

Chaillay-Bert. — Education physique.

Ledoux-Lebard. — Radiologie Clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Meis et Amicis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Rouen :

M. le Professeur.....	BRUNON.
M. le Docteur.....	DEROCQUE.
M. le Docteur.....	LECAPLAIN.
M. le Docteur.....	NÉE.
M. le Docteur.....	VALLÉE.

A Paris :

M. le Professeur.....	CLAUDE.
M. le Professeur.....	DELAPERSONNE.
M. le Professeur.....	LEGUEU.
M. le Professeur.....	NOBÉCOURT.
M. le Professeur.....	SEBILLEAU.
M. le Professeur.....	TESSIER.
M. le Docteur.....	DEVRAIGNE.
M. le Docteur.....	RAVEAUT.
M. le Docteur.....	KUSS.

A MES MAITRES EN ÉLECTRO-RADIOLOGIE

A Paris :

M ^{me} la Doctoresse.....	GUSPAN DE BRANCAS.
M. le Docteur.....	AUBOURG.
M. le Docteur.....	BORDET.
M. le Docteur.....	TOYER-ROSA.
M. le Docteur.....	MOREL-KAHN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Marcel LABBÉ

Chevalier de la Légion d'honneur

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

A MON MAÎTRE

M. le Docteur DELHERM

Chevalier de la Légion d'honneur

Chef du Service de radio-électrologie de l'Hôpital de la Pitié

INTRODUCTION

Il semble que tout ait été dit sur la fissure anale sphinctérgique bien connue depuis que BOYER fit une description magistrale de cette affection.

Lorsque le traitement médical a échoué, il est de règle de procéder à la dilatation forcée de l'anus. Nous nous proposons de montrer après d'autres qu'avant de faire la dilatation, il y a lieu sans conteste de soumettre le malade à la haute fréquence, qui, au début de ce siècle, fut préconisée par le Professeur DOUMER DE LILLE, procédé simple, indolore, inoffensif qui guérit le patient dans la très grande majorité des cas.

Dès 1904, MARQUE, dans un ouvrage remarquable qui fait autorité en la matière et qui présente cet avantage si rare, non seulement de n'avoir pas été contredit, mais au contraire affirmé par le temps, publia une statistique étayée sur 50 observations de malades traités par les courants de haute fréquence, il rapporta 47 guérisons et 3 échecs.

Depuis, de nombreuses observations sont venues apporter la confirmation de l'excellence de cette méthode, et c'est pour insister sur la valeur curative du traitement par les courants de haute fréquence qui n'est certes pas ignorée mais qui, malgré ses avantages, nous a parue trop facilement oubliée, alors qu'elle constitue la thérapeutique de choix, que nous avons rassemblé les cas traités par nous dans le service du Docteur DELHERM.



II

NOTION ANATOMIQUE

Toutes les ulcérations de l'anus peuvent prendre une forme allongée, mais toute ulcération allongée n'a pas droit au nom de fissure anale, ce nom qui est purement clinique ne s'applique qu'au cas où il y a sphinctéralgie.

Conformation. — L'orifice anal a une forme circulaire lorsqu'il est distendu, soit par un instrument, soit par les matières, au repos l'orifice est virtuel. De son pourtour partent des plis radiés verticaux et rayonnés que l'on fait disparaître en dilatant l'orifice anal même modérément.

C'est dans l'intervalle de ces plis et au niveau des points où ils se continuent avec la muqueuse rectale qu'on observe des excoriations linéaires si douloureuses connues sous le nom de fissure à l'anus.

Constitution anatomique. — Le revêtement cutané est une peau amincie, pauvre en papilles et où l'on ne rencontre ni poil, ni glande, le chorion, à mesure qu'il s'éloigne de la limite supérieure anale, reprend peu à peu sa forme caractéristique.

L'épithélium anal revêt une forme transitoire entre la muqueuse de la fin du tube digestif et l'épithélium normal, sa particularité est d'être riche en pigments.

L'appareil musculaire comprend : trois systèmes de fibres intriquées ; sous la muqueuse la coupe montre des fibres lisses dont l'union forme le sphincter interne sous-muqueux, puis, en allant du centre à la périphérie, on voit des fibres lisses longitudinales s'intriquant dans les fibres lisses du sphincter interne et dans des fibres striées distales dont l'ensemble concourt à la formation du muscle sphincter externe qui est sous la dominance de la volonté.

Les artères sont fournies en grande part par les hémorroïdales inférieures, branches des honteuses internes, ce sont des vaisseaux de petit calibre à mailles très serrées.

Les veines de la région sphinctérienne aboutissent à la formation des veines

hémorroïdales-inférieures qui se rendent à la veine cave inférieure par l'intermédiaire des honteuses internes et des hypogastriques.

Ces veines s'anastomosent avec les hémorroïdales supérieures soit en passant au-dessus, soit en traversant, soit en contournant la base des muscles sphinctériens.

Les vaisseaux lymphatiques baignant cette région se rendent soit aux ganglions ano-rectaux et de là aux ganglions hypogastriques soit aux ganglions inguinaux.

L'innervation est assurée par les plexus sacré et hypogastrique qui fournissent tous deux et des filets moteurs et des filets sensitifs.

III

ETIOLOGIE DE LA FISSURE ANALE

« La dénomination de fissure anale doit être réservée à une petite ulcération siégeant au niveau de la région anale et déterminant les douleurs particulièrement vives » BENSAUDE.

Toutes les ulcérations de la région anale même les plus banales sont susceptibles de devenir sphinctéralgiques.

« La fissure anale est un syndrome clinique commun à des affections différentes » QUENU et HARTMAN.

Les causes déterminantes des crises sphinctéralgiques sont aussi diverses que variées, l'érosion la plus banale pouvant être à la base de crises atroces et intolérables.

Nous en énumérons les principales :

L'empoisonnement par le sublimé, l'urémie dans sa forme gastro-intestinale, la dysenterie, la fièvre typhoïde, le chancre mou, la blennorragie, les micoses, la bilarziose, les éruptions périanales banales (herpès, eczéma, érythème), la bacillose, le passage de scybales durcies, l'introduction mal habile d'une canule ou d'un corps étranger, l'ulcération simple dite variqueuse que l'on constate à l'anus des hémorroïdaires, érosion banale en elle-même ne réclamant l'intervention thérapeutique que lorsqu'elle subit la transformation sphinctéralgique.

L'obstétrique apporte son tribut comme cause déterminante de fissures, le Docteur BLOCH a rapporté trois cas de malades ayant eu une fissure à la suite d'un accouchement, nous-même nous avons observé un cas dont nous rapportons l'observation.

La syphilis paraît être une cause prédisposante, soit sous sa forme d'accident primitif, soit quand il s'agit de syphilides secondaires qui ont toutes les muqueuses humides, et en particulier l'anوس comme siège de prédilection, soit encore à la période tertiaire.

Dans une statistique, ZIMMERN et LAQUERRIÈRE ont observé que sur sept cas traités par eux, cinq malades étaient des spécifiques avérés, un avait été traité auparavant pour cette affection, un seul ne l'était pas.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

La fissure se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, entre 20 et 40 ans, toutefois on la rencontre aux extrêmes limites de la vie chez les nourrissons et chez les vieillards.

Dans les cas les plus typiques, le patient raconte qu'il est pris un certain temps après la selle, variable de 10 à 30 minutes et même plus, d'une crise souvent extrêmement angoissante de douleurs anales.

Au moment du passage des matières, il existe très souvent des sensations pénibles, même douloureuses, qui consistent en des sensations de chaleur, de brûlures et de déchirures locales.

Cette douleur s'atténue et parfois même disparaît, elle est surtout plus vive quand les selles sont dures, les selles molles étant souvent expulsées sans douleur, l'accalmie peut durer de 15 à 30 minutes, cette période de transition peut faire défaut, ainsi que nous l'avons observé chez une malade.

Sans nulle autre cause, ce laps de temps étant écoulé, les douleurs réapparaissent plus violentes, plus térébrantes que jamais, les malades comparent cette douleur à une cuisson, à une brûlure au fer rouge, ou bien à un arrachement, à une torsion; quelle que soit la comparaison utilisée, elle traduit toujours une sensation très violente.

Le plus fréquemment, la douleur atteint une intensité très violente, elle devient une véritable torture, au point que certains malades ont été jusqu'à se supprimer.

La durée de la crise est variable : dix minutes, une demi-heure, des heures, puis elle se calme et tout disparaît jusqu'à la crise suivante.

Ces pauvres malades essayent, en conséquence, d'éviter la crise ou de la retarder, soit en provoquant des selles très liquides par des purgations répétées,

soit en se constipant autant qu'ils le peuvent, reculant ainsi la selle qui déclanche la crise.

Des troubles gastro-intestinaux graves sont les résultantes des médications employées par les malades pour éviter ou retarder la crise.

Peu à peu, la douleur peut se prolonger, au lieu de se présenter sous forme de paroxysme, elle devient constante avec des exacerbations après les selles et conduit le malade à faire usage et même abus des calmants, de la morphine en particulier.

En général, la douleur est localisée au canal, il est rare qu'elle s'irradie vers le rectum, la prostate, la vessie, l'utérus, les aines et les cuisses. Toutefois, nous avons observé une malade qui ressentait une sensation de plaie cutanée située dans la région dorsale sacro-coccygienne. La douleur est, en outre, exagérée par la position assise et par la marche.

Parfois, le malade constate une légère perte de sang à l'occasion des selles, surtout si les scybales sont dures et volumineuses, on note de l'insomnie, de la constipation ou de la diarrhée provoquée, de l'amaigrissement.

Les complications du fait même de la fissure n'existent pour ainsi dire pas, elles résultent généralement de la répercussion sur l'état général, de l'intensité et de la durée des douleurs ainsi que des manœuvres de toute nature effectuées par les malades exaspérés par leurs souffrances pour se soulager. Cette affection est donc essentiellement bénigne, elle ne devient sérieuse que par la douleur et les tentatives des patients pour s'y soustraire et par sa répercution sur l'état général.

Examen du malade. — La recherche de la fissure n'est pas chose aisée, c'est pourquoi il est nécessaire de se placer dans les meilleures conditions possibles.

L'examen du malade doit n'avoir d'autre but que de confirmer le diagnostic posé d'après l'interrogatoire, car il n'est pas toujours facile de voir une fissure qui se masque dans les plis radiés de l'anus.

Il n'est pas facile non plus de déplisser la région, parce que les malades serrent instinctivement leur sphincter. Ainsi on peut faire un examen prolongé durant plusieurs minutes sans arriver à voir la fissure, pendant ce temps le malade souffre inutilement.

Aussi convient-il de prendre patience et d'user avec douceur, car, en plus de la crainte qui contracte le malade, les lésions sont assez atrocement douloureuses en elles-mêmes pour rendre tout examen impossible.

Le plus souvent avec douceur et précaution, le malade rassuré et relâché autant que cela se peut, il est possible d'examiner l'anús, toutefois il faut lorsqu'on recherche une fissure savoir où elle est située avant de l'avoir vue.

Placé derrière le patient couché dans la position de SIMS et soulevant de la main gauche sa fesse droite, le médecin abaisse la fesse gauche de la main droite et peu à peu en se rapprochant de l'anús il en déplisse doucement et lentement les plis radiés. La recherche doit être minutieuse et prolongée car la lésion se cache au fond des plis radiés, elle peut être minime, insignifiante même.

C'est vers la région postérieure de l'anús qu'on la rencontre dans la très grande majorité des cas et c'est là qu'il faut toujours porter nos investigations.

On découvre au niveau du sphincter lui-même, les plis radiés étant étalés, très souvent mais pas toujours au milieu de paquets hémorroïdaires, une petite ulcération de forme allongée, son grand axe dirigé selon l'axe même du canal. Parfois on n'en découvre que l'extrémité externe, sa plus grande partie se cachant dans le canal anal, lorsqu'elle apparaît dans sa totalité c'est une ulcération de 2 à 10 millimètres de long sur 1 à 2 millimètres de large, son extrémité interne s'effile en pointe, son extrémité externe ayant une forme de raquette, très plate et superficielle, l'ulcération saigne quand on l'étire, à moins d'irritation étrangère son fond gris rosé ne suppure jamais, les bords sont plats et minces cependant légèrement surélevés lorsqu'on les examine attentivement, ils peuvent former à la portion externe un capuchon recouvrant l'ulcération. Fréquemment, mais pas obligatoirement, un ou deux replis prolongent les bords à l'extérieur, souples, non ulcérés, longs de quelques centimètres, saillants de 1 à 10 millimètres ils forment deux sortes de piliers (sentinel piles de HIRSCHMANN).

Tels sont les caractères de cette ulcération que nous pouvons prendre pour un éclatement de la muqueuse. Il est nécessaire de compléter l'examen visuel par un toucher rectal, les recommandations de douceur et de lenteur sont alors encore plus de mise. Le toucher permet de confirmer le diagnostic en constituant le seul moyen de le faire si l'examen visuel n'a pas permis de déceler la fissure; le malade ne bougeant pas et ne modifiant pas sa position, le médecin coiffe son index d'un doigtier de caoutchouc copieusement enduit de vaseline, puis, alors que de sa main gauche il soulève la fesse droite du malade, il introduit son doigt ganté dans le canal anal en prenant la précaution de suivre sa direction. Le doigt perçoit une contraction du sphincter qu'il faut vaincre patiemment sans brutalité, une fois qu'il a pénétré dans la lumière du

conduit anal. le doigt s'y sent vigoureusement serré; introduit dans l'anus, il se retire en ayant soin que sa pulpe se dirige vers la fissure si nous l'avons découverte, sinon vers la région postérieure. Dans le cas où le toucher donne un résultat négatif le doigt doit explorer toute la circonférence de l'anus.

Cet examen donne des renseignements de deux ordres :

1° La pulpe du doigt perçoit nettement la fissure qui donne la sensation d'une fente étroite à grand axe parallèle à l'axe de l'anus, très souple dans son ensemble mais dont les bords très peu surélevés et très légèrement plus fermes sont surtout perceptibles à l'extrémité externe en raquette de l'ulcération. Les nuances de ces indications sont certes bien délicates, elles n'en sont pas moins caractéristiques, il faut noter que l'on n'y rencontre jamais ni bourgeon ni induration.

2° Une douleur très vive exquise est décelée, *loco-dolenti* par cette exploration alors que toutes les autres parois du canal sont indolores.

V

DIAGNOSTIC

A) **Diagnostic positif.** — Le diagnostic de la fissure anale est en général très facile par les phénomènes douloureux présentés.

Nous dirons qu'il y a fissure sphinctéralgique lorsqu'aux douleurs de la défécation qui consistent en des sensations de picotement de chaleur, de brûlures et même de déchirures succèdent peu à peu sans cause nouvelle des douleurs térébrantes et constrictives se répétant coup sur coup. Les crises peuvent survenir dans l'intervalle des gardes-robes.

Ce syndrome douleur ajouté au toucher anal permet de localiser le mal et de le diagnostiquer.

B) **Diagnostic différentiel.** — Est-il possible de confondre une fissure anale sphinctéralgique avec une autre lésion ? Selon certains avis autorisés, toute lésion peut engendrer une crise sphinctéralgique semblable à celle de la fissure décrite par BOYER, nous ne le pensons pas, certes ces lésions de tous ordres peuvent déterminer des crises d'exacerbation, cependant, elles n'ont ni la précision, ni la répétition rythmique des crises sphinctéralgiques; apparition régulière un certain temps après la selle, exaspération progressive, puis disparition. Dans les causes banales, les poussées d'exacerbation se produisent irrégulière-

ment plusieurs fois dans la journée sans avoir rapport avec les selles et sans la courbe symptomatologique de la fissure anale sphinctéralgique.

Dans les lésions banales variées, c'est la douleur à la défécation qui est toujours la plus importante, elle peut se prolonger longtemps après les selles, Ici, contrairement à ce que l'on voit dans la fissure vraie, c'est la douleur à la défécation qui passe toujours au premier plan. Enfin la différence capitale consiste en ce que, si la fissure n'est en général douloureuse qu'après le passage des scybales, il est bien rare que les lésions anales variées ne se bornent à être douloureuses qu'au moment de la défécation. La douleur est ressentie plus constante quant à son intensité, elle est plus variable s'étalant depuis la simple gêne jusqu'à l'intolérance, toute la gamme d'intensité pouvant prendre place entre ces cas extrêmes.

Il semble donc que la simple étude du tableau douleur suffit pour différencier la fissure anale sphinctéralgique vraie des autres lésions banales de l'anus.

Les plaies consécutives à un traumatisme sont faciles à diagnostiquer par leur aspect et leurs commémoratifs, de même celles consécutives à un empoisonnement par le sublimé.

La blennorragie se décèle par une ano-rectite intense avec écoulement purulent abondant, la recherche du gonocoque lève tous les doutes.

Le chancre mou fissuraire est rarement douloureux, il est généralement multiple et suppure.

Les ulcérations bacillaires ont un aspect *sui generis*, un fond atone et peu végétant avec des bords minces et décollés et des petits points jaunes situés tout alentour de la lésion qui ne suppure jamais.

Nous étudierons plus spécialement le diagnostic avec la syphilis, la névralgie anale, le cancer et les hémorroïdes qui est plus délicat.

Le chancre induré peut facilement prêter à confusion car, par sa localisation au niveau des plis radiés de l'anus il prend un aspect en feuillet de livre; l'induration caractéristique que l'on rencontre à sa palpation, la pléiade ganglionnaire située dans l'aine avec un ganglion majeur signent la vérole.

Les plaques muqueuses des fissures syphilitiques secondaires « plus ou moins arrondies ont sur les plis radiés un aspect fissuraire » LE DENTU et DELBET, l'erreur ne peut être faite car les lésions sont multiples et un examen attentif complet permet de déceler d'autres manifestations spécifiques.

Les gommès sont exceptionnelles et leur aspect diffère de celui de la fissure.

Pour ne pas faire une erreur de diagnostic et pour ne pas instituer une

thérapeutique inutile, il est nécessaire de faire la réaction de BORDET-WASSERMAN.

Il est une autre affection que QUENU et HARTMAN ont mentionnée et que GRANT et ALBU décrivent les premiers, c'est la névralgie anale. MATHIEU et MILON en observèrent plusieurs cas en France, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, cette affection survient surtout chez les sujets dont le fardeau pathologique est pesant, ce sont des surmenés, des alcooliques, des êtres dont le mode de vie manqua de régularité et qui, en outre, présentent de « la neurasthénie à un degré prononcé », ALBU.

Ils ne présentent aucune lésion visible de la région anale; cette affection diffère de la fissure anale sphinctéralgique en ce que, si dans la fissure c'est sur le spasme que le médecin doit concentrer tous ses efforts, dans la névralgie c'est la douleur elle-même qui doit être traitée.

Le début de cette affection est marqué par des douleurs intenses intermittentes et progressives; de son siège la douleur s'irradie vers le coccyx et vers la face interne des cuisses. La durée de la crise est sensiblement égale à celle de la fissure, les selles sont normales.

De rares rémissions coupent les mois et les années de souffrance.

Les caractères principaux qui permettent de faire un diagnostic différentiel entre la fissure et la névralgie sont :

- 1° La présence ou l'absence de lésion;
- 2° Dans le premier cas la selle donne le branle-bas à la douleur, dans le second elle l'atténue;
- 3° L'irradiation est l'exception chez le fissuraire, la règle chez la névralgique anal.

Avant tout examen aucune idée préconçue ne doit hanter l'esprit du médecin; étant donné le facies et l'état physique, les tortures, les troubles intestinaux, les lésions locales irritées du malade pourraient faire poser le diagnostic de néoplasie alors que le consultant ne serait qu'un simple fissuraire.

Ces deux affections ont ceci de commun la douleur et surtout l'anémie due chez le néoplasique aux toxines émises par la tumeur, toxines révélées par les radio-thérapeutes allemands qui usèrent de doses massives occasionnant des accidents graves et même mortels d'intoxication par suite de la quantité de cellules détruites dont les toxines imprègnent profondément l'organisme; au contraire, chez les fissuraires, l'anémie est due à ce que le malade ne mange pas, afin d'éviter d'aller à la selle, soit surtout à ce qu'il présente des troubles

gastro-intestinaux graves par suite de la constipation ou de la diarrhée qu'il aura provoquées.

Le toucher rectal permet de faire un diagnostic positif certain; le rectum est soit ulcéré en virole, soit bourré de bourgeons sanieux et sanglants chez le néoplasique, il est vide et souple chez le fissuraire, de plus chez le premier nous trouverons des ganglions dans l'aîne, ganglions qui ne se rencontrent jamais chez le second.

Les hémorroïdes méritent que nous insistions, car la fissure anale y est fréquemment concomitante. Comme règle absolue il faut s'imposer de rechercher la fissure quand un malade a décrit le syndrome de la crise sphinctéralgique, car ce ne sont pas les seules hémorroïdes qui y auront donné naissance, il faut chercher et on trouvera. On peut trouver une ulcération variqueuse chez un hémorroïdaire examiné, cette lésion peut présenter tous les caractères de la fissure sphinctéralgique, spasme et douleurs tardives. Le diagnostic n'est pas, selon nous, à faire parce que étant ulcération simple, elle ne nécessite aucune thérapeutique, alors que dans le cas où elle devient sphinctéralgique nous devons la traiter.

Il est rare qu'une fissure anale sphinctéralgique guérisse d'elle-même, sauf à la longue, c'est pourquoi il faut la traiter soit médicalement, soit par la dilatation, soit enfin par les courants de haute fréquence.

VI

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical est le premier en date et ne doit jamais être négligé quel que soit le traitement qui sera institué « il est toujours bon d'essayer le traitement médical, celui-ci consiste d'une part à se rendre maître de la constipation, d'autre part à modifier la plaie de manière à lui enlever son caractère d'ulcère et d'en obtenir la cicatrisation », QUENU et HARTMAN.

1^o *Traitement général.* — Il est nécessaire d'une part de traiter le système nerveux central, par la prescription de solutions calmantes ou antispasmodiques à base de chloral ou de belladone, d'autre part de régulariser les selles par l'emploi de produits à base de parafine qui n'acidifient pas les matières.

2^o *Traitement local.* — Le médecin peut user de l'extrait de ratahnia en pommade, ainsi que le firent TROUSSEAU et BRETONNEAU, ce qui leur donna des résultats appréciables.

Le suppositoire à la cocaïne et les bains de siège ont toujours de chauds partisans. BOYER donnait à ces fissuraires une pommade à base de saindoux contenant de l'huile d'amande, du suc de Morelle et du suc de Joubarbe.

Les suppositoires ne peuvent être introduits et les pommades appliquées qu'à l'aide du doigt, ce qui provoque inévitablement un spasme puisqu'il y a là une manœuvre identique à celle du médecin qui recherche douloureusement la fissure.

Dan son service BENSAUDE obtient de bons résultats en touchant les fissures avec une solution de fuchsine phéniquée (rouge de Ziehl).

Les cautérisations au nitrate d'argent à 1 % semblent devoir garder leurs droits puisqu'elles sont toujours très employées dans le traitement des fissures.

3^o *Hygiène.* — A côté du traitement, il ne faut pas omettre de donner des conseils d'hygiène toujours utiles en recommandant au malade une propreté irréprochable de la région anale.

Nous estimons inutile de nous arrêter longuement au traitement médical médicamenteux, car, si certaines prescriptions ont eu leur heure de succès, ce qui nous rappelle la parole d'un de nos Maîtres, « il faut user de ce médicament alors qu'il guérit encore », rapidement le corps médical constata leur impuissance à guérir une fissure et dut recourir à un autre mode de traitement en dirigeant le malade soit vers le chirurgien, soit vers l'électro-thérapeute.

VII

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne citerons que pour les mentionner les premiers modes de traitement chirurgicaux de la fissure anale.

L'excision et la cautérisation sont aujourd'hui reléguées dans les traités de l'histoire de la médecine.

De même l'incision, méthode préconisée par BOYER, a perdu tout crédit auprès du corps chirurgical français, qui rejette et la section superficielle selon la méthode de DUPUYTREN et la section sous-muqueuse de BLANDIN, et enfin la méthode personnelle de BOYER, l'incision profonde que recommandent bon nombre de chirurgiens anglais tel : ALLINGHAM. Cette méthode, quelle que soit la technique adoptée, présente de gros inconvénients, outre l'anesthésie dont les dangers et les échecs seront étudiés plus loin, ce procédé sanglant peut-être le point de départ d'hémorragies graves et peut surtout déterminer des accidents septiques dus au milieu où se trouve localisé la fissure.

Dilatation. — Pour ces raisons suffisantes, il est vrai, les chirurgiens préférèrent user de la méthode de RÉCAMIER en opérant la dilatation de l'anus.

Selon l'heureuse expression de RÉCAMIER, il faut procéder lentement, progressivement à « un massage cadencé » de l'anus et prendre toutes les précautions utiles afin que l'extrémité inférieure du doigt ne vienne pas à se replier, l'ongle pouvant provoquer une déchirure de la muqueuse rectale au-dessus du sphincter.

Pour QUENU, le résultat est obtenu grâce à un reflexe inhibitoire du côté du sphincter. pour HARTMAN, par la rupture de quelques fibres musculaires sphinctériennes.

Cette méthode peut être considérée comme le procédé chirurgical de choix, car elle présente d'incontestables avantages sur les autres techniques, elle permet d'obtenir un rapide soulagement et le malade peut, selon les uns, ne pas interrompre ses occupations ou, selon les autres, ne doit les interrompre que durant trois ou quatre jours.

Ce n'est pas que cette technique soit indemne de tous inconvénients, outre, la narcose qui est propre à tout procédé thérapeutique chirurgical, cette méthode peut provoquer l'incontinence des matières, la rétention urinaire et la formation d'abcès.

Nous ajouterons que ce procédé, ainsi que tous les procédés sanglants, ne met pas le patient à l'abri des récidives, toujours possibles, le cas princeps de DOUMER en est une illustration frappante; l'inefficacité de la dilatation n'est pas une contradication formelle pour les applications de courants de haute fréquence qui eurent l'heur de guérir plus d'un fissuré dilaté sans résultat.

Dilatation sans anesthésie. — Cette petite opération très douloureuse est intolérable pour le patient qui la subit, malgré cela, la dilatation sans narcose fut préconisée par certains, vu les grands dangers que l'anesthésie fait courir.

Nous avons vu que les malades endurent un supplice infernal lorsque pour traiter médicalement la fissure, ils appliquent une pommade à l'anus. « Que dire alors de la rupture du sphincter et puis on ne réussit pas toujours, le patient s'agite, se dérobe, échappe à la première tentative et ne veut plus se soumettre à la seconde », RECLUS.

En outre, nous ne devons pas perdre de vue que ces malades sont en général des déprimés psychiques et des affaiblis physiques, c'est pourquoi aujourd'hui l'opération sans anesthésie est de plus en plus délaissée et les chirurgiens n'hésitent plus à accorder au patient le bénéfice de la narcose.

Dilatation sous anesthésie générale. — Certains chirurgiens conseillent de dilater avant que la narcose soit complète afin que les accidents consécutifs à son application puissent être évités.

LE DENTU et DELBET estiment qu'il y a pas de conseils plus mauvais, ni plus dangereux, ils prétendent n'avoir jamais eu le moindre incident lorsque les reflexes étaient complètement abolis.

Pour être certain que le malade est bien dans un état complet de narcose, le chirurgien introduit avec précaution ses doigts dans l'anus parce que leur écartement provoque chez le malade endormi une sorte de spasme inspiratoire à surveiller et à atténuer en agissant avec toute la douceur désirable, pour cela il laisse ses doigts quelques secondes immobiles de manière à ce que la sensibilité puisse être pour ainsi dire tâchée. Une fois ces précautions prises l'acte opératoire sera pratiqué sans aucune espèce de danger.

Chloroformisation. — C'est le mode d'anesthésie générale le plus fréquemment utilisé par les chirurgiens, nous n'étudierons pas les caractères de sa fabrication qui est minutieuse et délicate. L'emploi de ce produit même bien préparé présente certaines contre-indications formelles.

Il faut éviter d'en user chez les malades en état de misère physiologique

profonde, chez les cachectiques, les femmes enceintes, les grands blessés, les alcooliques, les nerveux et les cardiaques, cependant, même en présence d'un sujet sain, le chloroforme peut provoquer des incidents assez graves pour entraîner la mort de l'anesthésié.

Il ne faut pas croire que la chloroformisation est inoffensive si l'opération est bénigne et rapide. D'après KIDD, ce sont des cas légers qui réservent généralement au corps médical les ennuis les plus grands et les plus fréquents.

Selon les statistiques parues sur les cas de mort survenant au cours de la narcose chloroformique, il n'est pas douteux que c'est la dilatation du sphincter anal qui a fourni le plus grand contingent à cette funèbre liste.

Chlorure d'éthyle. — Ce produit a la préférence du professeur HARTMAN parce que l'opération étant de courte durée, son action est fugace. Les dangers courus par les anesthésiés au chlorure d'éthyle sont identiques à ceux que fait courir le chloroforme.

Ethérisation. — L'éther est infiniment moins dangereux que le chloroforme, la production des chocs traumatiques, les catastrophes qu'il a pu provoquer sont moins nombreuses que celles imputées au chloroforme, cependant il est moins employé, parce qu'il présente des inconvénients que l'on ne peut négliger. S'il ne provoque pas de syncopes mortelles primitives, il provoque par contre, avec la plus grande facilité, des syncopes secondaires asphyxiques, de plus la facilité avec laquelle l'éther provoque des accidents pulmonaires graves souvent suivis de mort n'est plus à démontrer.

La toux est une contre-indication formelle à son emploi qui est souvent mal supporté. Du fait que son action est limitée dans l'obtention de la résolution musculaire, utile surtout dans la dilatation anale; fait que les opérateurs lui préfèrent toujours le chloroforme malgré son gros danger de syncope blanche primitive.

Dilatation sous anesthésie locale. — RECLUS, le premier, préconisa l'emploi de la cocaïne, « le moins traître des anesthésiques » dans l'opération de la fissure sphinctéralgique.

Rachicocaïnisation. — Cette méthode présente ce gros avantage de permettre aux chirurgiens de faire eux-mêmes l'anesthésie de leurs malades, mais combien, à l'encontre, présente-t-elle d'inconvénients. L'injection est délicate à pratiquer, elle est facilement manquable et si elle a réussi, elle peut être incomplète, d'une action trop brève et même sans aucun effet.

RECLUS, cite le cas d'une de ses malades qui, sortie après guérison au troisième jour d'une fissure anale avec le concours de la rachicocainisation, se présenta le soir même dans le Service, présentant une impotence des deux jambes qui ne rétrocéda qu'une semaine après.

Cette méthode incertaine souvent inefficace fut bientôt délaissée par RECLUS qui préféra l'anesthésie locale par la cocaïne.

Anesthésie locale par la cocaïne. — La solution employée est à 1 %, elle contient en outre une goutte d'adrenaline.

L'anesthésie locale s'opère en trois temps :

1° Analgésie de la muqueuse par la pénétration dans l'anus de petits bourrelets d'ouate imbibés de la solution cocaïnée.

2° Analgésie de la peau marginale par des injections circonférencielles.

3° Analgésie du sphincter par quatre boutons situés aux angles d'un losange dont l'anus serait le centre.

Pour cela, le malade est placé dans la position de la taille périnéale et la région soumise à une désinfection soignée, cette méthode a l'énorme avantage de ne jamais provoquer d'incident, mais elle n'est pas indemne de tout inconvénient.

Elle provoque des fourmillements de l'hyper-excitabilité cérébrale, mais son plus grand danger consiste dans la perforation de la paroi anale. Les résultats obtenus par RECLUS sont excellents puisque sur un grand nombre d'anesthésies ainsi effectuées, il n'a jamais eu le moindre échec. Ce n'est pas le cas de tous ceux qui usèrent de sa méthode. « L'anesthésie parfaite est loin d'être toujours obtenue ainsi et le malade ne ressent pas l'action analgésique recherchée par le chirurgien », LE DENTU et DELBET.

RECLUS, d'ailleurs, reconnaît lui-même que sa méthode est délicate parce qu'elle demande une grande pratique et une profonde connaissance de technique de celui qui l'emploie, de plus son action varie selon chaque individu, aussi la technique étant difficilement applicable, les chirurgiens ne peuvent en user pour anesthésier leurs malades.

RÉSUMÉ. — Le traitement chirurgical de la fissure sphinctéralgique nécessite l'immobilisation du patient pendant plusieurs jours et une narcose qui est soit dangereuse, soit inopérante. Il ne faut donc plus considérer la dilatation qu'à l'instar d'une technique de pis aller. En conséquence, on évitera ces dangers en faisant traiter les malades par les courants de haute fréquence.

VIII

LES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

Les courants de haute fréquence dus à HERTZ et bien étudiés par D'ARSONVAL sont bien connus, c'est pourquoi nous serons brefs sur leurs caractères physiques.

Leur vitesse est de l'ordre de celle de la lumière, des rayons infra-rouges, des rayons ultra-violet, des rayons X et du rayonnement gamma du radium. Leur longueur d'onde est plus grande que celle des infra-rouges.

Toutes les sources de courant à potentiel élevé peuvent être utilisées pour alimenter l'appareil. Autrefois, les électrologistes employèrent la machine statique, la bobine de RHUMKORFF, aujourd'hui l'appareil producteur généralement employé est un transformateur alimenté par une bobine qui fournit le courant de haute tension nécessaire. Cette source alimente les armatures internes de deux bouteilles de LEYDE (condensateurs) garnies d'un éclateur placé à l'extrémité d'une tige reliée aux faces internes des bouteilles.

A chaque éclatement les faces externes des condensateurs sont le siège d'émission d'une série d'oscillations successives très fréquentes et isochrones, dont les alternances sont de l'ordre du million par seconde, ce que ne peuvent réaliser ni les interrupteurs mécaniques ni les interrupteurs électrolytiques.

« Chaque étincelle... est en réalité non une décharge unique mais bien une série d'oscillations, un train d'ondes », DELHERM et LAQUERRIÈRE.

L'intensité des ondes est augmentée soit grâce à l'emploi d'un solénoïde, soit grâce à celui d'un résonateur de OUDIN qui utilise les ondes mono ou bi-polaires.

La self du solénoïde oppose ainsi une résistance considérable aux courants de haute fréquence, elle est telle que selon l'expérience de D'ARSONVAL « on obtient un courant qui peut allumer cinq à six lampes tenues entre deux personnes reliées aux extrémités du solénoïde ».

D'une manière générale, les courants de haute fréquence provoquent le développement de variations considérables du champ magnétique et des phénomènes d'induction dans les conducteurs placés à proximité par la production de courants de FOUCAULT.

Propriétés physiologiques de la haute fréquence. — Les propriétés physiologiques et thérapeutiques des courants de haute fréquence furent mises en

évidence par le Professeur D'ARSONVAL, et sont utilisées soit en application directe sous forme de diathermie, soit en provoquant des courants d'auto-conduction à travers l'organisme, soit à l'aide de dispositifs spéciaux où les malades tiennent lieu et place d'une armature de condensateur (lit condensateur) ; on peut encore élever le potentiel et produire ou une effluation ou un puissant étincelage en utilisant les effets de résonance et d'induction sur un circuit voisin. (Résonnateur de OUDIN.)

Les courants de haute fréquence produisent dans le corps des courants directs et induits dont la puissance peut être considérable ainsi que le démontre l'expérience de D'ARSONVAL déjà écrite.

Leur action serait due à ce que pour les corps à conductibilité électrique le courant pénètre la masse même du corps d'autant plus que la résistivité est plus élevée, cette hypothèse est basée sur l'expérience de MARAGLIANO consistant à rendre incandescente une lampe électrique introduite dans la cage thoracique d'un animal, lampe qui est reliée aux plèvres par deux fils garnis à leur extrémités distales de deux petites plaques métalliques.

Aujourd'hui cette hypothèse n'est généralement plus admise et l'on pense que si les systèmes neuro-musculaire et neuro-sensitif ne répondent pas à ces courants, c'est que ces systèmes ne sont pas adaptés pour enregistrer des excitations dont le nombre de périodes est considérable.

Les courants de haute fréquence sous forme d'effluations jouissent d'une propriété spéciale appelée par BROWN-SÉQUARD « Inhibition », consistant en une diminution de la sensibilité des tissus placés au contact des électrodes, action suffisamment puissante pour provoquer l'analgésie, au contraire l'étincelage provoque sur les fibres des muscles lisses une contraction spasmodique et une élévation de la tension sanguine.

Les mouvements respiratoires sont amplifiés, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine est régularisée, elle est augmentée chez les malades traités dont la nutrition est ralentie; elle est diminuée chez ceux qui présentent une hyperréduction de l'oxyhémoglobine.

Les urines sont émises en plus grande quantité et leur toxicité est augmentée ainsi que le démontrèrent les expériences et les travaux du professeur BOUCHARD.

Les cellules en tant qu'individualité n'échappent pas à leur action, elles subissent leurs effets ainsi que les êtres unicellulaires. Le professeur D'ARSONVAL put, en les soumettant aux applications des courants de haute fréquence, atténuer des cultures de bacilles *Pyocyaniques*.

Nous n'étudierons que les applications sous forme de Diathermie et d'effluvation car elles seules, parmi les diverses applications des courants de haute fréquence, sont utilisées par le corps médical pour soulager les porteurs d'une fissure sphinctérale.

Diathermie. — Les effets diathermiques sont obtenus par des appareils de haute fréquence qui sont modifiés légèrement afin d'obtenir des effets thermiques très intenses.

Ces modifications consistent en une plus grande fréquence des trains d'ondes, en l'obtention d'une plus grande quantité d'électricité, grâce à un réglage de la capacité du condensateur, et en l'emploi d'une source de courant de tension moins élevée que celle employée dans les autres modes d'application des courants de haute fréquence.

Traitement de la fissure anale par la diathermie. — Parmi les traitements de la fissure anale le plus récent est le traitement par la diathermie que préconise le Professeur BORDIER. Lorsque le patient vient consulter un électrothérapeute celui-ci, d'après le P. BORDIER, se trouve en présence de deux hypothèses : ou bien la fissure est visible, ou bien elle ne l'est pas et selon le cas le traitement diathermique variera.

1^o Cas où la fissure est visible :

Le malade est mis dans la position gènu-pectorale, le médecin déplisse les plis radiés de la marge anale afin de reconnaître le siège de l'ulcération.

Dans la région lombaire on place une électrode indifférente en prenant soin de l'appliquer parfaitement afin d'éviter au patient des sensations désagréables et même douloureuses. L'autre électrode est un manchon de verre laissant passer une fine tige de cuivre qui est reliée à l'autre pôle de l'appareil et qui sera introduite dans l'anus au contact de la fissure. Selon la technique décrite par l'auteur, le courant employé sera de faible intensité, le médecin doit promener l'extrémité effilée de son électrode sur toute la hauteur de la fissure qui ne prendra la teinte grisâtre recherchée que lorsque la séance aura été assez longue pour que le résultat voulu soit obtenu.

Selon BORDIER lui-même le traitement est si douloureux que, pour le subir, le patient au préalable devra être soumis à l'anesthésie soit générale, sont de préférence locale, la séance d'application étant très brève.

« Aucun pansement n'est nécessaire en dehors de l'application d'une compresse imprégnée d'une pommade antiseptique et calmante », DURAND-BOISLARD.

Ce n'est toutefois pas l'avis de BORDIER, qui étant donné que l'escarre produite ne tombe que vers le huitième jour et que le malade doit éviter d'avoir des scybales dures et volumineuses pouvant léser le tissu cicatriciel, recommande à ses malades durant ces huit jours de faire usage de légers laxatifs tels que la magnésie calcinée, et, avant chaque selle, de prendre la précaution d'introduire dans l'anus un suppositoire à l'adréno-cocaïne.

Les résultats obtenus sur la fissure anale sphinctérogénique visible ont donné toute satisfaction au Professeur BORDIER.

2^o Cas où la fissure est invisible :

Ou bien, cas qui n'est pas rare, elle n'existe pas et nous savons que la névralgie anale est susceptible de provoquer une crise sphinctérogénique presque analogue à celle de la fissure elle-même, ou bien est située trop haute pour être aperçue. Le malade est placé dans le décubitus latéral, la jambe reposant sur le lit étant étendue, l'autre étant fléchie sur la cuisse, elle-même fléchie sur le bassin.

La plaque indifférente est appliquée sur la cuisse fléchie et reliée à une borne de l'appareil en prenant les mêmes précautions que, lorsque dans le cas d'une fissure visible, elle est placée dans la région lombaire. L'autre pôle de l'appareil est relié à une bougie n^o 18 qui, après avoir été préalablement vaselinée, sera introduite dans l'anus sur une longueur de 5 centimètres environ. L'intensité du courant doit atteindre progressivement 700 milliampères puis, après quelques minutes, doit être élevée à 1.000 milliampères.

Une fois cette intensité atteinte l'électrode-bougie est retirée progressivement pour ne plus rester dans l'anus que sur une longueur de 2 centimètres.

Après cinq ou huit minutes il est utile de couper le courant car, avec une telle intensité, la chaleur ressentie par le patient est pénible. Les séances sont faites trois fois par semaine et au bout de dix séances on obtient une rémission complète de la douleur.

Le Docteur Paul MEYER emploie dans le traitement des fissures sphinctérogéniques par la diathermie une technique différente de celle dont use le Professeur BORDIER. Le malade est couché sur le côté droit dans la position de Sims et relève la fesse avec sa main afin de bien dégager la région anale.

A l'aide d'un cône de DOUMER, qu'il tient dans la main droite, le médecin met au contact de la région anale un gros tampon de coton du volume d'un œuf de poule imbibé d'eau salée et bien exprimé. La plaque indifférente est placée sur le flanc du malade. Il a remarqué que si le malade se présente au moment de la crise, celui-ci a une sensation de chaleur plus agréable

si le tampon est imbibé d'une solution de chlorure de sodium à 10 % plutôt que si elle n'est imbibée que d'eau pure. Ce phénomène s'explique par ce fait que la résistance du liquide mouillant l'électrode est plus faible que celle de la peau placée à son contact et qu'ainsi sa température ne s'élève pas plus que celle de la peau qui chauffe l'électrode par conductibilité.

L'intensité employée est de 600 à 800 milliampères durant une dizaine de minutes; les séances sont quotidiennes et après trois ou quatre applications journalières de diathermie ainsi pratiquée, le Docteur MEYER utilise une électrode intrarectale, l'introduction n'étant plus douloureuse, il a alors la faculté de porter l'intensité à 1.200 et même 1.500 milliampères; cinq à six de ces nouvelles applications suffisent pour calmer la douleur.

Dans les cas de sphinctéralgies chroniques il emploie des électrodes intrarectales en cuivre avec un étranglement circulaire sur lequel vient se mouler la virole sphinctérienne. Sur 22 fissures anales vraies traitées selon sa méthode et par lui-même, le Docteur MEYER obtient 21 guérisons; le dernier cas ne fut pas un échec le malade ayant abandonné le traitement.

Résultats. — Cette technique bien qu'encore récente a permis d'obtenir des résultats qui ne peuvent être déniés; cependant elle ne doit, à notre avis, être employée qu'après échec de l'effluation de haute fréquence, parce qu'elle constitue une véritable intervention nécessitant l'anesthésie, parce que les résultats ne sont pas plus rapides qu'avec l'effluation puisqu'il faut quinze à vingt jours pour produire la disparition de la douleur, parce qu'elle nécessite des précautions hygiéniques ennuyeuses (suppositoires un quart d'heure avant chaque garde-robe).

Toutes deux cherchant à obtenir un effet diathermique. Les méthodes de MEYER et de BORDIER, seconde manière, sont calquées sur celle de DOUMER; cette dernière présente cet avantage de ne pas nécessiter l'application de plaque abdominale ou lombaire, qui nous paraît inutile parce qu'on sait qu'avec l'électrode intrarectale (procédé de DOUMER) on a un effet diathermique suffisant, et qui est tel, qu'on est obligé au bout d'un certain temps de couper le courant.

En résumé les résultats acquis par la méthode de BORDIER, première manière, ne doivent pas être niés, mais nous estimons qu'elle doit laisser le pas à l'effluation dans les fissures parce qu'elle nécessite l'emploi d'anesthésiques dangereux alors que cette dernière est indolore et inoffensive.

Au contraire, dans le cas de névralgie anale et dans le cas d'ulcérations

banales variées à douleurs tolérantes, nous pensons que la diathermie est la méthode de choix.

Ces deux méthodes ne doivent donc pas être opposées elles se complètent, leur champ d'action étant nettement délimité et par l'étiologie et par le diagnostic.

Effluviation et méthode de DOUMER. — Ce mode de traitement est entré dans la thérapeutique depuis qu'il fut institué pour la première fois par le Professeur DOUMER DE LILLE.

Les résultats dépassèrent son attente, il rapporte ainsi comment il fut amené à instituer ce traitement.

« C'est en 1897 que j'ai eu mon attention attirée pour la première fois sur cette question. Un de mes amis souffrant depuis plus d'un an d'une fissure sphinctéralgique intolérante pour laquelle il avait subi avec un résultat peu satisfaisant deux dilatations forcées de l'anus. Ne voulant plus avoir recours à une intervention dans laquelle il n'avait plus confiance et qui d'ailleurs, par deux fois l'avait fortement éprouvé, il me sollicitait d'imaginer pour lui un traitement par l'électricité, c'est alors que je pensais aux propriétés analgésiques des courants de haute fréquence que D'ARSONVAL avait mis en lumière quelques mois auparavant. Les faits ont dépassé mon attente dès la première séance. »

La technique en elle-même est fort simple : il suffit d'introduire dans l'anus du patient la pointe d'une électrode condensatrice de OUDIN reliée à un résonnateur, électrode adaptée à un manche de BISSERIE garni d'un spintermètre permettant de régler les effluves par la possibilité de court-circuiter le courant. Dans les premières applications qu'il fit, DOUMER utilisa l'électrode de OUDIN, puis il en fit construire une de forme conique, soit en cuivre, soit en argent, afin d'obtenir des effets diathermiques.

Il a été construit plusieurs formes d'électrodes.

Dans ces dernières années DELHERM a établi une électrode spéciale établie sur les principes de celle de OUDIN, elle n'en diffère que par sa forme conique qui permet une très facile introduction dans l'anus et une légère dilatation anale. L'emploi de cette électrode en verre donnant des étincelles de condensation semble avoir une répercussion heureuse sur l'ulcération elle-même. L'étincelle de haute fréquence appliquée sur les plaies ayant une action cicatrisante incontestable étant « autoplastique » selon l'heureuse expression de ZIMMERN.

Position du malade. — Le malade est allongé sur un lit et mis en décubitus latéral en prenant soin de le faire coucher sur le côté où siège plus particulièrement la douleur ; le tronc est légèrement incliné en avant, en chien de fusil, le membre qui repose sur le lit est porté en extension complète, celui du côté opposé est fortement fléchi.

Manuel opératoire. — Avant toute application électrique et plus particulièrement peut-être chez les porteurs de fissures sphinctéralgiques anales, il est bon et même nécessaire de rassurer le malade dont le système nerveux est déjà soumis à de rudes épreuves.

L'appareil est réglé en essayant son rendement ; pour cela on prend le manchon à pleine main, et on fait le réglage du résonnateur depuis l'intensité minima jusqu'au moment où on aperçoit dans la partie vide de l'électrode une lueur violette ne devant produire aucune sensation désagréable.

Ces précautions prises, nous enduison la surface de l'électrode avec de l'huile de vaseline, électrode que nous n'introduisons pas d'emblée dans l'anus, opération désastreuse, sinon impossible, vu la douleur atroce qui serait provoquée et surtout le spasme invincible qui serait réveillé.

Autrefois, pour remédier à la difficulté que le médecin rencontrait lorsqu'il devait enfoncer une électrode un peu volumineuse dans l'anus d'un fissuraire, celui-ci faisait usage de la cocaïne ; dans un anus même très contracté au bout de deux à trois minutes, l'anesthésie était suffisante pour que le docteur puisse introduire au début une tige filiforme, puis une large électrode.

Aujourd'hui, au début, nous plaçons l'électrode doucement à l'entrée de l'anus, puis par une pression légère et continue, nous la faisons pénétrer dans le canal. Si l'action inhibitoire n'est pas obtenue suffisante dès la première séance, nous demeurons dans l'expectative en remettant cette tentative à la séance suivante ; nous n'en obtenons pas moins dès cette première application un résultat des plus satisfaisants, le malade étant généralement soulagé. L'action sédative de la haute fréquence relâchant facilement le sphincter qui peut à ce moment être franchi plus aisément par l'électrode. Cette technique permet de rendre acceptable des applications qui menacent d'être douloureuses.

Il est un certain nombre de précautions importantes à ne pas négliger : il faut éviter un chauffage exagéré qui peut donner une sensation de brûlure et surtout les étincelles désagréables qui se produisent lorsque soit par lassitude, soit par inattention, l'opérateur laisse retomber la fesse qui vient au contact de l'extrémité métallique de l'électrode de OUDIN-DELHERM, cet incident a en

outre le fâcheux effet de provoquer une contraction des fibres lisses musculaires, effet qui doit être évité puisqu'il peut provoquer le spasme du sphincter.

La durée de la séance est de cinq à huit minutes en interrompant le courant toutes les deux minutes, ce qui est facilité par le courtcircuitage du spintermètre. Après quelques minutes d'application, le patient ressent une sensation de chaleur qui lui est agréable, si toutefois celle-ci devient intolérable, il suffit de couper le courant durant quelques secondes, puis de recommencer.

La séance terminée, le malade respirant profondément, nous retirons doucement l'électrode, l'expiration facilitant son expulsion.

Le nombre des séances nécessaires pour guérir un fissuraire est assez difficile à délimiter d'une façon précise.

Par exemple, chez les hémorroïdaires, personnes qui sont les plus prédisposées à être porteur d'une fissure, nous voyons que « si les hémorroïdes elles-mêmes se montrent un peu rebelles et si d'autre part les séances ont été trop peu nombreuses, il peut s'en suivre une rechute plus ou moins rapide, il semble donc nécessaire de prolonger systématiquement le traitement quand la lésion est cicatrisée et que la sphinctéralgie a disparu jusqu'à ce qu'on ait obtenu au moins une diminution des hémorroïdes », FOUINEAU et LAQUERRIÈRE.

Nous avons vu personnellement des malades très améliorés dès la première séance, nous en avons rencontré chez lesquels une vingtaine de séances n'amènèrent qu'une légère atténuation de la douleur.

Cependant, en considérant le maximum de cas observés par nous, nous estimons que le nombre de séances nécessaire oscille entre dix et quinze, toutefois nous pensons qu'il est utile d'aller jusqu'à vingt applications pour consolider la guérison.

Sous l'autorité du Docteur DELHERM qui a bien voulu nous laisser travailler dans son Service, nous n'avons pas observé un seul échec.

Toutefois, si vers la huitième séance aucun résultat n'est obtenu, certains auteurs conseillent d'interrompre le traitement durant une quinzaine de jours pour reprendre ensuite si la guérison n'est pas survenue durant ce laps de repos. Nous faisons les séances tous les deux jours.

Mode d'action. — Toute la maladie consiste dans une contracture selon BOYER, pour certains auteurs, entre autres ALLINGHAM, c'est la mise à nu des terminaisons nerveuses au niveau des ulcérations qui provoquent la douleur; grâce aux travaux de QUENU sur des coupes histologiques de fissures, nous savons que jamais un filet nerveux n'est mis à découvert, mais qu'on observe une

altération très appréciable des filets nerveux sous-jacents à l'ulcération. L'histologie nous enseigne que nous nous trouvons en présence d'une névrite due à la participation des ramuscles nerveux à l'infection. L'esprit conçoit alors facilement la filiation des phénomènes. Une lésion banale survient chez un hémorroïdaire par suite du passage des matières durcies, cette ulcération est entretenue par les germes vivant dans le milieu septique où nous nous trouvons et par les troubles de nutrition locale, cette infection provoque la névrite qui explique la douleur et la contraction réflexe.

Pour comprendre l'action des courants de haute fréquence, nous devons nous remémorer leurs propriétés physiologiques.

Le système neuro-musculaire, on le sait, n'est pas excité par ces courants contrairement à ce qui se passe lorsqu'on l'excite par des courants galvaniques ou faradiques; avec la haute fréquence, il demeure au repos, et non seulement ces courants n'excitent pas le nerf moteur, mais au contraire ils déterminent une modification profonde dans le sens de l'excitabilité, modification par laquelle ce nerf se trouve pendant un certain temps incapable de répondre aux autres genres d'excitation électrique, telles la faradisation et la galvanisation.

On sait également que lorsqu'on crible d'étincelles ou d'effluves de haute fréquence, un point du tégument, on finit par provoquer une certaine inhibition qui, dans les applications un peu prolongées, peut aboutir à l'analgésie et même à l'anesthésie. Cet effet particulier de haute fréquence sur les nerfs sensibles présentent une certaine analogie avec ce qu'on observe lorsque l'on soumet à leur action les nerfs moteurs.

Mais, comme le dit le Professeur DOUMER, ce n'est pas tout, « il y a autre chose. La marche parallèle de l'amélioration sur tous les symptômes essentiels prouve que l'intervention électrique qui la produit n'agit pas seulement sur l'élément douleur, mais encore sur le processus de réparation de la lésion anatomique élémentaire elle-même. »

Cette action trophonévrotique des courants de haute fréquence est confirmée par OUDIN, SUDNICK, DENOYES.

Cette autre chose est due à l'ozone qui exerce une action antiseptique à l'action calorifique, dont le rôle est prépondérant par son effet antispasmodique, aux rayons ultra-violets dont l'action cicatrisante n'est plus discutable aujourd'hui.

Le phénomène douleur cessant, le phénomène spasmodique disparaît le premier, la cicatrisation se produit plus tard quand tout élément de contracture et d'irritation a disparu.

IX

RÉSULTAT DU TRAITEMENT DES FISSURES

PAR LES

COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

Depuis le début du siècle, la méthode de DOUMER a permis d'obtenir des succès constants dans le traitement des fissures anales. L'application ne doit jamais être douloureuse, quand on sait gagner la confiance du malade, les deux premières séances sont faites avec l'électrode de OUDIN, puis avec celle de OUDIN-DELHERM, cette dernière étant d'un plus gros calibre; l'introduction est facilitée par les inspirations profondes que l'on fera faire au patient. Si ces précautions prises, le malade souffre, le reproche fait à la méthode d'être douloureuse n'est plus valable, il ne l'est que pour l'opérateur.

Dès mil neuf cent quatre, la thèse de MARQUE apporte 50 observations sur lesquelles, dans 47 cas, la guérison fut obtenue grâce à l'action de la haute fréquence. Depuis, nombreuses sont les statistiques apportées pour démontrer la valeur curative de la méthode.

BILLARD établit une statistique des cas traités par lui, il eut d'après celle-ci 94 % de succès.

BOKENHAM, dans « *The Lancet* », cite 13 cas de fissures anales sphinctéralgiques traités par les courants de haute fréquence, ces 13 cas traités furent 13 succès.

Quant aux récidives, elles ne se produisent qu'à titre tout à fait exceptionnel, elles ne s'observent pas plus souvent qu'après la dilatation chirurgicale.

DELHERM et autres auteurs observent des malades guéris depuis plus de sept ans sans observer la moindre récidive. Pour BENS AUDE, les courants de haute fréquence donnent des résultats rapides et persistants; depuis quinze ans qu'il emploie cette méthode, il a pu suivre un grand nombre de malades qui n'ont jamais eu de rechute.

Nos observations ne font que confirmer une fois de plus l'action remarquable des courants de haute fréquence dont nous pouvons affirmer la supériorité sur les autres modes de traitement de la fissure parce que indolore, elle ne nécessite pas l'intervention de la narcose dangereuse et parfois inefficace, outre d'autres qualités dont nous ne reparlons pas, nous pensons que ce seul avantage mérite que toujours elle doive être tentée avant toutes autres techniques.

Ce n'est que dans le cas rare où elle aura échoué que l'on devra recourir à la chirurgie ou à la diathermie.

X

RÉSULTAT DE NOS OBSERVATIONS

Par nous-mêmes nous n'avons pas observé d'échec dans le traitement de la fissure anale sphinctéralgique que nous préconisons, cependant il y en a et nous serions téméraires si nous les nions, il nous est permis de regretter cependant que ces échecs, lorsqu'ils se produisent, ne soient pas toujours rapportés; ils permettraient de juger à bon escient si l'échec est dû à la méthode elle-même ou à une faute de technique.

M. DELHERM a bien voulu nous donner quelques-unes de ses observations personnelles; une d'entre elles est particulièrement intéressante parce que, si nous y constatons un échec de la méthode de DOUMER, nous sommes également en présence de deux échecs du procédé chirurgical. Cette malade étant guérie depuis par second traitement électrique, il nous est permis de songer que lors de la première application il y eut peut-être une erreur de technique.

Dans une observation due à l'amabilité de M. SAVIGNAC nous enregistrons un échec de notre traitement.

Cet échec renforce nos conclusions, la malade étant une dysentérique, parce que, ainsi que nous l'avons dit, les ulcérations variées à formes sphinctéralgiques sont rebelles au traitement de DOUMER et relèvent du traitement diathermique de BORDIER.

OBSERVATIONS

I. (*Due à l'obligeance du Docteur DELHERM*)

Monsieur B., 39 ans, vient pour faire traiter une fissure anale datant de dix ans.

Durant les cinq premières années il eut de nombreuses crises douloureuses qui cessèrent il y a cinq ans pour réapparaître il y a deux mois.

On le met à la haute fréquence.

17 Février 1921. — Très amélioré dès la première séance, les crises ont une tendance à réapparaître.

1^{er} Mars 1921. — Après treize séances, B. ne souffre plus du tout.

29 Avril 1921. — Va très bien, on arrête le traitement.

II. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

Monsieur C., 35 ans, porteur d'une fissure anale, vient se faire traiter dans le Service.

Hémorroïdaire depuis dix ans. Non constipé. Depuis quatre ans, chaque année deux crises à l'entrée de l'hiver s'accompagnant de petites hémorragies à la garde-robe du matin et de douleurs à celle du soir.

N'a pas suivi de traitement, sauf quelques suppositoires et quelques bains de siège au moment des crises.

Le traitement par la haute fréquence est institué.

27 Novembre 1923. — Après dix séances, le malade se trouve très amélioré, les hémorragies ont cessé.

Le traitement est arrêté après la seizième application, le malade est guéri.

III. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

Madame A., 37 ans, nous est envoyée le 30 mars 1924 avec le diagnostic de fissure anale. Depuis un mois les matières sont mêlées de filets sanguins, douleurs à la défécation. Traitement par la haute fréquence.

29 Avril 1924. — La malade s'étant absentée n'a reçu que sept appli-

cations, elle est néanmoins très améliorée les douleurs et les filets sanguins ont disparu.

Après douze séances, la malade, guérie, a quitté le Service.

IV. (*Due à l'obligeance du Docteur DELHERM*)

Madame B. vient le 2 mai 1923 pour consulter étant porteuse d'une fissure très ancienne, elle ne se rappelle pas la date du début de ses douleurs. Crises tous les trois mois et durant trois mois environ.

Depuis deux grossesses, souffre continuellement, crises en rapport avec les selles. Douleurs intestinales avec alternance de diarrhée et de constipation.

Mise à la haute fréquence.

14 Mai 1923. — La douleur provoquée par la fissure est très améliorée, prurit anal.

20 Mai 1923. — Les douleurs ont presque disparu, le prurit est guéri, la malade est beaucoup mieux.

Fin Juin. — La malade, partie en vacances, revient, d'une façon générale elle s'est très bien trouvée de son traitement, toutefois depuis quelques jours, par suite d'une crise d'entérite légère, réapparition des douleurs.

Après trois nouvelles applications de haute fréquence, la malade ne ressent plus aucune douleur.

V. (*Due à l'obligeance du Docteur DELHERM*)

29 Novembre 1923. — Il y a quatre mois, Mademoiselle Z., par suite de constipation et d'efforts à la défécation, perçut une sensation de craquement s'accompagnant d'une légère perte de sang. Elle est partie ensuite se reposer à la campagne d'où elle revient anémiée et amaigrie. Une cure de raisin l'a quelque peu améliorée.

Depuis quinze jours, la malade souffre au moment du passage des matières et selon leur quantité. Une heure après le passage des matières elle ressent de vives douleurs comparables, selon elle, à une crise dentaire. L'intensité en est très variable. Des attouchements au nitrate d'argent et à la teinture d'iode n'ont procuré aucun soulagement.

1^{er} Décembre 1923. — Dès la première séance, la malade n'a plus souffert.

3 Décembre 1923. — Va bien.

13 Décembre 1923. — Guérison, la malade abandonne le traitement.

VI. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

22 Avril 1924. — Madame L. souffre depuis très longtemps, depuis un an, hémorragies tantôt petites, tantôt plus importantes, accompagnées de douleurs qui sont assez tolérables, ce sont les hémorragies qui inquiètent la patiente. Constipée irrégulièrement, surtout au moment des règles et lorsqu'elle mange du chocolat ou qu'elle boit du vin. Traitement par la haute fréquence.

13 Mai 1924. — Cinq applications ont été faites. Les douleurs sont moitié moindres, les hémorragies ont disparu.

10 Juin 1925. — Bien que suivant le traitement très irrégulièrement, la malade est très améliorée.

15 Juillet 1924. — La malade ne souffre plus, le traitement est abandonné.

VII. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

28 Août 1924. — Madame S., constipée et hémorroïdaire, souffre depuis un mois après les selles. Petits filets de sang dans les garde-robes. Petites douleurs lorsqu'elle s'assoit, l'introduction dans l'anus de son index enduit de pommade provoque des douleurs intolérables.

La méthode de DOUMER est instituée.

30 Septembre 1924. — Après six séances, la malade est beaucoup mieux, encore quelques petites douleurs lorsqu'elle s'assoit, plus de sang dans les selles.

20 Octobre 1924. — La fissure encore visible est tellement améliorée que la malade se croit guérie.

2 Novembre 1924. — Après seize séances, la guérison étant obtenue, la malade quitte le Service.

VIII. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

8 Décembre 1924. — Madame B a une fissure depuis deux mois et demi environ qui a débuté en provoquant des sensations de picotements, puis des sensations de brûlures.

Actuellement, douleurs atroces débutant vingt minutes après le passage des scybales et durant deux à trois heures.

Examen : Petite fissure à la partie postérieure de l'anus, en partie cicatrisée par des applications de teinture d'iode.

20 Décembre 1924. — Cinq séances faites, la malade ne souffre qu'au moment du passage des matières.

Son médecin constate un très grand mieux.

20 Janvier 1925. — Aucune douleur, ulcération guérie, la malade cesse le traitement après seize applications.

IX. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

13 Janvier 1925. — Madame N., 49 ans, hémorroïdaire, vient pour le traitement d'une fissure datant de plusieurs années. Les douleurs apparaissent une demi-heure après la défécation et durent de quelques minutes à plusieurs heures. Soumise à la haute fréquence.

12 Février 1925. — Huit séances ont amené une amélioration considérable, la malade ne ressent plus que quelques sensations de chatouillement. Après quatorze séances, la guérison était obtenue.

X. (*Service d'électro-radiologie de la Pitié*)

29 Janvier 1925. — Madame G., 46 ans, souffre depuis trois mois de douleurs débutant quelques minutes après les selles et persistant durant de longues heures. Sensation de faux besoins. Constipation, la malade prend des laxatifs pour la combattre. Les douleurs s'irradient vers la fesse et la cuisse sont exaspérées par la marche.

Examen : a) RECTUM :

Inspection. — Bourlets hémorroïdaires saignants.

Toucher. — Douloureux réveillant le spasme.

Rectoscopie. — Muqueuse et parois normales.

b) ANUS :

Rouge avec hémorroïdes saillantes et turgescents, l'anus présente une petite fissure siégeant à sa partie postérieure.

12 Février 1925. — Après huit séances, l'anüs est moins enflammé, la fissure améliorée n'est plus perçue par la malade, les hémorroïdes n'ont pas diminué.

3 Mars 1925. — Ne souffre plus, les hémorroïdes sont notablement diminuées.

24 Avril 1925. — La fissure va très bien, les hémorroïdes sont en voie de régression.

16 Mai 1925. — Etat stationnaire.

16 Juillet 1925. — Entre temps la malade a revu son médecin qui nous écrit « qu'après trente séances l'amélioration est considérable, mais qu'il y aurait nécessité de dix nouvelles séances pour achever la guérison ».

La fissure va bien, toutefois légère sensibilité.

3 Septembre 1925. — Après une interruption du traitement pendant un mois et sa reprise les douleurs ont complètement rétrocéde. plus de sensation de faux besoins, les hémorroïdes sont très diminuées. Le malade cesse le traitement.

XI. (*Dues à l'obligeance du Docteur DELHERM*)

27 Janvier 1925. — Monsieur G. ressent depuis deux mois des picôtements à l'anüs. Il y a trois semaines, crise hémorroïdaire avec sensation douloureuse au passage des matières et sang dans les selles. Peu de temps après les selles, douleurs symptomatiques de la fissure. La crise dura huit jours. Depuis deux à trois jours, douleurs au moment des selles assez fortes, mais tolérables, le lit les atténue.

31 Janvier 1925. — Douleurs diminuées, sensation de congestion marginale.

2 Février 1925. — La douleur de la fissure est disparue, le malade est guéri après huit séances.

XII. (*Dues à l'obligeance du Docteur DELHERM*)

16 Mai 1924. — Madame C., hémorroïdaire et fissuraire, est constipée depuis toujours.

Guérie, en 1913, par une dilatation chirurgicale de l'anüs, très bien jusqu'en 1918, à cette date récidive qui fut traitée par la haute fréquence.

Depuis, de temps en temps, fut traitée pour ces douleurs par des applications d'anusol et de nitrate d'argent.

En Novembre 1923 une seconde dilatation fut jugée nécessaire. La guérison dura près d'un an, la malade ayant suivi un régime sévère.

Depuis le début du mois, douleurs supportables survenant une demi-heure après chaque selle.

Examen. — Fissure côté gauche avec très peu de spasme. Six séances suffisent pour faire cesser et la douleur et le spasme. La guérison est obtenue après douze applications.

XIII. (*Dues à l'obligeance du Docteur SAVIGNAC*)

10 Juillet 1922. — Madame O., 39 ans, souffre depuis quelque temps de douleurs rectales au moment des règles, les douleurs s'accompagnent de pertes de sang. Son mari étant dysentérique on fait la recherche des amibes.

Examen rectale. — Muqueuse rouge vermillon lisse sans ulcération. L'examen des selles décèle la présence d'amibes du porc.

Traitement. — Deux séries d'émétine et quinze jours de repos.

8 Octobre 1922. — Douleurs rectales plus vives, la malade a vu deux fois du sang dans ses selles.

18 octobre 1922. — Selles régulières sans coliques abdominales. La douleur à la défécation est légèrement calmée, mais reprend avec plus d'intensité peu après.

Examen rectale. — A la partie postérieure de l'anus on constate une petite ulcération superficielle dont l'axe est parallèle aux plis anaux.

Toucher rectal. — Sphincter très contracté, spasme, petite ulcération.

Palpation. — Le toucher de cette ulcération est exquivement douloureux. Plus d'amibes dans les selles.

Traitement. — La malade est envoyée à la haute fréquence.

22 Décembre 1922. — Selles régulières un peu pénibles, anus amélioré, on continue la haute fréquence.

5 Mars 1923. — La fissure va mieux, la défécation encore légèrement douloureuse.

6 Août 1923. — Trente-six séances de haute fréquence ont été faites, la malade souffre toujours.

XI

CONCLUSIONS

1° Lorsque le traitement médical échoue on a le choix entre le traitement électrique et le traitement chirurgical.

2° Le traitement chirurgical donne des résultats rapides qui ne sont pas à l'abri des récidives, mais il immobilise plusieurs jours le malade et il y a, en outre, les dangers de l'anesthésie. Il doit être appliqué si les hémorroïdes sont étranglées et irréductibles, si le cas est pressant. Il est contre-indiqué dans les fissures hémorroïdaires accompagnées de prolapsus de la muqueuse rectale et dans les hémorroïdes enflammées. Ce mode de traitement est très douloureux et par cela même, il nécessite l'emploi des différents narcotiques et des diverses techniques dont nous avons mentionné plus haut et les dangers et les inconvénients.

La diathermie. — Efficace dans les cas de névralgie rectale et d'ulcérations banales provoquant une crise à forme sphinctéralgique plus tolérante parce que moins pénible et moins douloureuse que celle de la fissure, elle nécessite également l'emploi des divers narcotiques. L'application de cette méthode ne pouvant être supportée sans anesthésie par le patient fait que nous ne la préconisons qu'en cas d'échec de la haute fréquence par effluation.

LA HAUTE FRÉQUENCE PAR EFFLUVATION EST LE TRAITEMENT TOUT INDIQUÉ, parce qu'il possède des avantages considérables.

Il donne le maximum de sécurité. — Certes il peut provoquer de légères sensations de chaleur, mais bien manié il ne brûle jamais le malade. Il n'a pas de contre-indications alors que les narcotiques ont des inconvénients qui interdisent parfois l'acte chirurgical, la haute fréquence anesthésiante d'elle-même ne peut, en aucun cas, être contre-indiquée.

A une opération est substitué un traitement. — Traitement facile à suivre n'exigeant aucun préparatif spécial soit de la part du malade soit de la part du médecin. Sa technique est simple, pratique, indolore.

Le traitement de la haute fréquence n'immobilise pas le malade. — Alors que les autres méthodes du traitement nécessitent l'alitement du malade,

alitement consécutif soit à l'acte opératoire en lui-même, soit à la narcose qu'il nécessite; au contraire la haute fréquence permet au malade de vaquer à ses occupations et de ne pas changer son *modus vivendi*.

Il donne des résultats rapides. — Dès la première séance le malade constate généralement une amélioration telle que la douleur d'intolérable qu'elle était devient supportable, dix à vingt séances suffisent pour obtenir une guérison définitive.

Il est très efficace. — Les résultats de la thèse MARQUE sont confirmés par les nombreuses guérisons constatées par les statistiques de MM. DELHERM, BOKEMHAM, BILLARD, MÉRET, ZIMMERM et LAQUERRIÈRE. Elle est même efficace dans le cas où la dilatation n'ayant donné aucun résultat les malades viennent se soumettre à la technique de DOUMER.

Le traitement par la haute fréquence est durable. On a suivi les malades pendant plusieurs années, sept ans et plus et on n'a constaté de rechute qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Le traitement par la haute fréquence guérit ou améliore les affections concomitantes. — Les hémorroïdes soumises à l'action des courants de haute fréquence rétrocèdent lentement mais sûrement.

En cas d'insuccès et seulement alors un autre traitement devra être tenté. — Ainsi dans l'immense majorité des cas le traitement électrique, s'il est appliqué selon toutes les règles, permet d'éviter un traitement douloureux, nécessitant l'anesthésie. Les succès passés de la méthode permettent d'augurer sans présomption ses futurs succès, voilà pourquoi les électro-thérapeutes, se croient en droit de conclure avec une confiance au moins égale à celle du chirurgien, en s'appropriant leur conclusion (MARQUE).

« Heureusement nous possédons contre la fissure anale un traitement souverain et qui réussit pour ainsi dire toujours, si bien qu'il permet de dire que toute fissure reconnue est une fissure guérie » (FAURE et RIEFEL).

Ces conclusions sont celles auxquelles aboutit MARQUE. Il n'est pas étonnant qu'à plusieurs années de distance un traitement efficace ait gardé toute sa valeur thérapeutique. C'est ce que nous avons voulu démontrer.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président de Thèses,
LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

RECLUS. Clinique chirurgicale de la Pitié. 1898.

DOUMER. Traitement de la fissure sphinctérgique, annales d'électrobiologie. 1898.

ZIMMERN et LAQUERRIÈRE. Sur quelques cas de fissures sphinctérgiques traitées par les courants de haute fréquence. Société d'électrothérapie. 1901.

ZIMMERN et LAQUERRIÈRE. Le traitement par l'électricité de la fissure douloureuse à l'anus (fissure sphinctérgique). Presse médicale. 1901.

LAQUERRIÈRE. Traitement électrique de la fissure sphinctérgique de l'anus. Société médicale de Paris. 1903.

FOUINEAU et LAQUERRIÈRE. Deux cas d'applications intrarectales de courants de haute fréquence. Société d'électrothérapie. 1903.

DAUBIN. Traitement électrique et curatif de la fissure anale. Clinique médicale, Saragosse. 1904.

MARQUE. Thèse. 1904.

NUMMERY. Fissure anale. Penn M. J. Pittsburg. 1904.

ALLAIRE. Traitement des hémorroïdes et de la fissure anale par les courants de haute fréquence. Gazette médicale de Nantes. 1905.

BARACZ. Traitement chirurgical de la fissure anale basé sur des observations personnelles. Gazette Varsovie. 1905.

BRAV. Etiologie symptomatologie et traitement de la fissure anale. Am. Med. Philadelphie. 1906.

REMY-ROUX. Un cas de guérison de fissure à l'anus par les courants de haute fréquence. Bull. et men. Soc. de Vaucluse, Avignon. 1906.

GANT. Le traitement de la fissure anale. Méd. Re. 1906.

DICKENSON. Traitement de la fissure anale et des hémorroïdes internes et externes. J. THIS THERAPY. Chicago. 1907.

RECLUS. Fissure de l'anus. Clinique Paris. 1907.

THIELLE. Hémorroïdes et fissures anales traitées par les courants de haute fréquence. Bull. off. Société française d'électrothérapie. 1907.

ALBU. La névralgie anale. Berlin Klin Wochenschr. 1907.

LINCH. Fissure de l'anus. New-York, M. J. 1907.

BIGLER. Fissure anale. Hahneman Month Philadelphie. 1907.

MALCAPINE. Traitement chirurgical et palliatif de la fissure anale. Post. Graduate New-York. 1908.

DELHERM. Traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence. Archive des maladies de l'appareil digestif. 1908.

MÉRET. Trois cas de fissure anale guérie par des courants de haute fréquence. Revue médicale de Normandie. Rouen. 1908.

MILLON. Rectalgie et névralgie anale. 1908.

SAPHIR. Fissure anale, son diagnostic et son traitement. Post Graduate, New-York. 1910.

BENSAUDE et RONNEAUX. Traitement de la fissure anale par les courants de haute fréquence. Bull. et Mem. Société médicale des Hôpitaux de Paris. 1911.

GULMAN. Fissure anale. N. HAMPSHIRE M. Société Concord. 1911.

HILL. Traitement palliatif et opératoire de la fissure anale. Boston M. et S. J. 1912.

HENNING. Fissure à l'anus. MENPHIS M. 1912.

BLIDTERN. Deux cas de fissures anales Arzt. Leipzig. 1913.

MÉRET. Cinq cas de fissures anales guéries par la haute fréquence. Normandie Médicale, Rouen. 1913.

FRANK-DUPRAT. Le traitement des fissures à l'anus. Gaz. Médicale de Paris, 1914.

Traitement de la fissure sphinctéralgique J. de Radio et d'Electro, Paris. 1914.

FEIJFER. Traitement de la fissure anale. NEDERL Tijdsche von Geneesk, Amsterdam. 1911.

BLISTEIN. Deux cas de fissures anales. Zentral bl. F. d. Ges-Thérapie, Vienne. 1915.

SCHILLING. Du traitement non chirurgical des fissures. Thérap. d. Gegenw, Berlin. 1915.

DRUECK. De la fissure anale et de son traitement radical sous anesthésie local. A. M. Méd. Burlington. 1918.

HARTMAN. Revue générale de clin. et de ther. Paris. 1917.

SCHERMANN. Le traitement chirurgical de la fissure anale n'est pas toujours le meilleur. Med. Prog. Louisville. 1920.

PETERS. La fissure anale Ztschr Fartzl Fortbild, Iéna. 1920.

KOSSMANN. L'étiologie de la fissure anale chez la femme. Zentralbl Cynak, Leipsig. 1921.

KAPELUSSCH. De l'étiologie de la fissure anale. Vienne Med. 1922.

WINTSCH. Diagnostic et traitement de la fissure anale. Am. J. Surg. 1922.

DELHERM et SAVIGNAC. La fissure anale sphinctéralgique, son traitement par la haute fréquence, Paris Méd. 1924.

DELHERM et MOREL-KAHN. Du traitement électrique de la fissure anale.

MAINGOT. De la fissure anale. Saint-Barthélemy Hosp. J. Londres. 1924.

SCHMITT. La haute fréquence dans le traitement des fissures et des hémorroides. Bull. général de thérapeutique, Paris. 1923.

- DURAND-BOISLARD. La cure radicale des hémorroïdes et fissures par l'électro-coagulation sans anesthésie générale ni suite opératoire.
- SVELHA. Nouveaux symptômes de la fissure anale *Monatschr. f Kinderh.*, Berlin. 1923.
- SYLVEST. Une simple méthode pour contrôler la douleur de la défécation dans la fissure anale. *Ugesk for laeger.* Copenhague. 1922.
- PHILIPOWICH. De l'anesthésie locale dans l'opération de la fissure anale et dans celle des hémorroïdes. *Zentralbl fur Chirurgie*, Leipsig. 1923.
- MOUTIER. Les affections anales. *Bull. méd.* 1925.
- MEYER. Du traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie. Société de Méd. de Paris. 1925.
- BORDIER. Diathermie et diathermo-thérapie.
- BENSAUDE. Nouveau traité de médecine.
- QUENU et HARTMANN. Chirurgie du rectum.
- LEDENTU et DELBET. Traité de chirurgie.
- DUVAL. (9 agrégés.)
- DELHERM et LAQUERRIÈRE. Electrologie. (Sergent.)
- GUILLEMENOT. Electricité médicale.



